2.

RÉMISSIONS

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR LE GRADE
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emilie LOPATINA

GENÈVE
IMPRIMERIE CH. EGGIMANN & Cie

1901

(Thèse N° 3)

RÉMISSIONS

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR LE GRADE
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emilie LOPATINA

GENÈVE
IMPRIMERIE CH. EGGIMANN & Cie

1901

(Thèse N 3)

La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

GENÈVE, 20 Janvier 1901.

LE DOYEN

Dr A. ETERNOD, prof.

RÉMISSIONS

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

M. le professeur Bard, au cours de ses leçons de cliniques sur le cancer de l'estomac, nous a parlé plusieurs fois des rémissions et des améliorations notables qu'on rencontre dans cette maladie, et qu'il a pu observer assez souvent dans son service à l'Hôtel-Dieu de Lyon, ainsi qu'à l'Hôpital cantonal de Genève.

Désirant savoir d'une manière plus précise la fréquence et les conditions de ce phénomène dans le développement du cancer primitif de l'estomac, M. le prof. Bard nous a proposé de rechercher dans la littérature et dans les observations de l'Hôpital cantonal de Genève les cas non douteux de cancer de l'estomac, dans la marche duquel il y avait des rémissions, et ensuite de faire de ces recherches le sujet de notre thèse.

Notre travail sera divisé en quatre parties :

La première sera la partie historique, où nous avons tâché de réunir tout ce que nous avons pu trouver dans la littérature à propos de la question qui nous intéresse.

La seconde partie comprend les observations des cancéreux d'estomac avec rémissions, déjà publiées par d'autres auteurs, mais dans un but tout à fait différent du nôtre.

La troisième partie contient des observations de l'Hôpital cantonal.

La quatrième, les conclusions.

Avant d'aborder le sujet de notre travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le prof. Bard, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui nous a aidé de ses conseils.

HISTORIQUE

Tous les auteurs ne sont pas de même avis sur les rémissions et les améliorations dans le cours du cancer de l'estomac.

Presque tous considèrent les rémissions comme un fait possible, mais très rare; les autres pensent que la marche continue et progressive est caractéristique pour le cancer.

Andral, dans son *Traité de Pathologie interne*, dit : « Cette maladie est surtout remarquable par les rémissions qu'elle présente, rémissions pendant lesquelles les malades jouissent d'une bonne santé; il n'est pas rare de voir des malades pouvant vivre avec un cancer de l'estomac pendant un grand nombre d'années. »

Grisolle, dans son *Traité de Pathologie interne,* dit : « La maladie a une marche qui, presque toujours, est continue, et dont la durée varie de quelques mois à plusieurs années.

Jaccoud, dans son *Traité de Pathologie interne*, ne dit rien de la marche générale de cette maladie, mais, examinant les symptômes de celle-ci, il constate que les douleurs du cancer diffèrent de celles de l'ulcère par leur continuité, et qu'on n'y observe pas les périodes des rémissions propres à l'ulcère.

Dans le *Traité de Pathologie interne* de Niemeyer, nous trouvons : « La marche du cancer de l'estomac est caractérisée par une intensité toujours croissante de tous les symptômes, rarement on observe des périodes pendant lesquelles le malade se trouve mieux, où les douleurs et les vomissements cessent, et où l'appétit même revient. Ces rémissions, d'ordinaire, ne sont pas de longue durée. »

« Il n'est pas rare de voir, dit Roger dans sa *Thèse de Paris* 1878, les vomissements disparaître entièrement, les digestions se rétablir, comme par l'effet d'un retour à la santé. Ces intervalles de calme et de rémission sont souvent marqués par tous les signes de la plus heureuse convalescence : le teint, aupara-

vant d'un jaune-paille, s'éclaircit un peu, le malade retrouve l'appétit, les digestions s'exécutent sans gêne, quelquefois même on voit renaître un peu d'embonpoint. »

Parlant du diagnostic différentiel entre le cancer de l'estomac et celui de l'ulcère rond, dans sa *Thèse de Paris* 1898, Toussaint Lorenzi est d'avis qu'on trouve toujours l'évolution continue dans le cancer, tandis que c'est l'ulcère rond qui présente des rémissions dans sa marche.

Traité de Médecine Brouardel-Gilbert. Article Cancer de l'estomac, par Hayem et Lyon :

« Une fois commencés, les accidents ne rétrogradent guère, presque toujours ils s'aggravent lentement. Le cancer a une marche progressive. Dans certains cas, par un traitement bien entendu, on obtient une amélioration plus ou moins durable. Certains symptômes, tels que les vomissements et les gastrorragies qui entrent pour une large part dans l'affaiblissement des malades, peuvent cesser et disparaître pendant plus ou moins longtemps. Il arrive aussi parfois qu'une amélioration suive, dans le cancer du pylore, la disparition des signes de sténose, quand la tumeur vient à s'ulcérer. »

Strümpell, dans son *Traité de Pathologie spéciale et de Thérapeutique,* dit : « La plupart des cancers de l'estomac font leur évolution en revêtant la physionomie d'une affection gastrique grave, accompagnée d'un amaigrissement rapide et d'une débilité générale. Dans un petit nombre de cas seulement, les manifestations relevant de l'estomac se mettent plus ou moins à l'arrière-plan. Ce sont les signes d'un marasme progressant sans relâche ou d'une anémie de plus en plus profonde qui prédomine, et la cause véritable de ces phénomènes ne se devine guère et ne se dévoile que plus tard dans toute sa réalité. »

Dieulafoy, Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1897 :

« Bien qu'il ne soit pas d'usage, j'en conviens, qu'une amélioration réelle survienne au cours du cancer de l'estomac, il n'est pourtant pas rare de constater un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie et une reprise dans l'état général.

Un changement de régime, une nouvelle orientation de la médication, des lavages de l'estomac faits en temps opportun, sont capables de produire une amélioration qui ne suffit pas pour exclure l'idée de cancer primitivement émise. »

Traité de Médecine Charcot-Brissaud-Bouchard, article Cancer de l'estomac par Albert Mathieu :

« On attribue une importance très grande à la marche progressive, assez rapide, de la cachexie gastro-carcinomateuse. Ici encore, rien d'absolu. Des rémissions, des améliorations passagères sont possibles sous l'influence d'un régime meilleur ou plus approprié.

En général, cependant, avec le cancer de l'estomac, on observe une aggravation continue des phénomènes de cachexie. »

Prof. Peter, dans l'article cancer de l'estomac, *La Médecine moderne*, 93 : « Le cancer va de mal en pis et se termine en quelques semaines ou quelques mois, l'ulcère dure longtemps, interrompu par des rémissions parfois très longues. »

Le cancer de l'estomac peut se greffer sur l'ulcère. Cette opinion, admise par la plupart des auteurs, paraît être prouvée d'une manière incontestable. M. le prof. Bard pense, au contraire, que dans les cas où, à l'autopsie, on trouve la coexistence d'un ulcère avec le cancer, c'est le cancer qui est primitif et qui s'ulcère après. Cette idée a été développée par M. Duplant qui, dans sa *Thèse de Lyon* de 1898, sur la prétendue transformation de l'ulcère en cancer, prouva, par de nombreux examens histologiques, que cette transformation est impossible, et dans tous les cas où le diagnostic était posé, le cancer greffé sur l'ulcère rond, l'autopsie avec examen histologique des pièces montrait que c'était toujours le cancer ulcéré.

C'est ainsi que M. le prof. Dieulafoy, voulant prouver la possibilité de cette transformation, donne dans ses leçons de cliniques trois observations dans lesquelles les malades présentaient des rémissions, mais comme l'impossibilité de la dite transformation était démontrée par M. Duplant, il faut admettre que ces rémissions, qu'on pourrait prendre pour l'accalmie caractéristique de l'ulcère rond n'étaient que l'amélioration pendant la période du cancer à marche lente.

Nous avons trouvé de pareilles rémissions dans les observations publiées par M. Hanot et M. le prof. Peter sur le cancer à symptomatologie exceptionnelle et sur le cancer obscur.

Observation de M. Dieulafoy. — Tranformation d'un ulcère gastrique en cancer (Leçons de clinique de l'Hôtel-Dieu, 1897).

Il s'agit d'un homme dont la maladie a débuté quinze mois avant son entrée à l'hôpital, par des hématémèses et plusieurs

fois par du mélæna. Les vomissements, depuis lors, sont toujours restés le symptôme prépondérant. A l'exploration de la région stomacale, la plus légère palpation détermine de telles douleurs que l'examen reste forcément incomplet. Il y a, non seulement des douleurs profondes, mais une hypéresthésie cutanée des plus vives. Dès le début de la maladie, les douleurs survenaient après les repas, presque aussitôt après l'ingestion des aliments ; elles persistaient pendant la digestion et ne cessaient même pas quand l'estomac était vide. Elles étaient parfois si déchirantes que le malade les comparait à des morsures de chien.

Elles avaient pour siège principal le creux épigastrique, d'où elles s'irradiaient vers le côté gauche du thorax, vers les régions interscapulaires rachidienne et lombaire. L'œsophage était également névralgié, car les aliments provoquaient au passage une sensation de brûlure. Les vomissements étaient fréquents, alimentaires, pituiteux et tellement acides qu'ils donnaient le goût du vinaigre. Par moments survenaient des phases d'accalmie suivies de périodes douloureuses.

L'estomac, examiné pendant une de ces crises, n'était pas dilaté, mais il était excessivement *intolérant* (?), l'eau même n'était pas supportée. Analyse du suc gastrique : HCl = 0,18 p. 1000. La palpation de la région épigastrique était absolument négative.

Le traitement établi fut celui de l'estomac *intolérant* et progressivement le malade absorbait une dose quotidienne de 1200 à 1500 grammes de lait.

Une amélioration rapide se produisit alors grâce à ce régime. Après un mois de calme, les douleurs reparurent au point de nécessiter de fréquentes injections de morphine.

Progressivement, l'anorexie devint absolue et le malade succomba aux progrès de la cachexie.

Autopsie. — Vaste ulcération perpendiculaire au grand axe de l'estomac. Elle occupe la petite courbure et empiète de trois centimètres sur la face antérieure et de sept centimètres sur la face postérieure de l'estomac ; à gauche elle s'étend à cinq centimètres de l'œsophage et à droite elle confine au pylore.

Les bords sont nettement cancérisés. Examen histologique (dû à M. Caussade). Coupes du bord non végétant droit. Elle reproduit les altérations classiques de l'ulcus.

Les coupes du bord gauche font voir un épithélioma métatypique en pleine évolution.

Observation de M. Dieulafoy (résumée). — Il s'agit d'une dame qui était fille de cancéreuse et qui fut atteinte d'une dyspepsie flatulente des plus rebelles, avec dilatation de l'estomac et hyperchlorhydrie. M. Dieulafoy dit avoir observé un ulcère stomacal avec douleurs caractéristiques ; l'*intolérance* de l'es-

tomac était absolue, tous les aliments sans exception étaient rejetés, et l'amaigrissement avait pris des proportions inquiétantes. Sous l'influence du régime lacté et des alcalins à haute dose, cette dame guérit de son ulcère, la dyspepsie et la gastralgie disparurent, et l'intolérance de l'estomac fit place à un tel appétit que la malade avait engraissé de 8 kil. Mais des accidents d'un autre ordre ne tardèrent pas à survenir ; l'inappétence devint complète, l'amaigrissement fit de nouveaux et rapides progrès ; la malade, qui avait passé l'été à la campagne, rentra à Paris méconnaissable, cachectique, le teint jaune-paille, et M. Dieulafoy a constaté l'existence d'un cancer de l'estomac, bientôt compliqué d'un énorme cancer du foie.

Observation de M. Dieulafoy. — Chez une femme de 40 ans, jusqu'alors bien portante, était survenue brusquement une abondante hématémèse suivie de mélæna. Le régime lacté ayant été prescrit, la malade en éprouva une légère amélioration, et on pensa à un ulcère simple de l'estomac. Quelques mois plus tard survint une nouvelle hématémèse encore plus abondante que la première. La malade fut dès lors en proie à une anémie profonde, elle avait des palpitations, son teint était d'une pâleur de cire, elle éprouvait de vives douleurs au creux épigastrique avec retentissement rachidien. Cette fois encore, le régime lacté fut suivi d'amélioration. Deux mois plus tard, survint une nouvelle hémorragie qui entraîna la mort. L'autopsie montra la coexistence d'un cancer et d'un ulcère, ce dernier ayant déterminé l'ulcération de l'artère pylorique.

Observation de M. Hanot. — Une femme de 42 ans entre dans le service de M. Hanot pour des douleurs stomacales extrêmement vives. Ces douleurs, accompagnées de vomissements et d'irradiations dans le dos, atteignent leur plus grande intensité, une heure ou deux après les repas.

Plusieurs fois, on a constaté des hématémèses. On posa le diagnostic de l'ulcère de l'estomac, et la malade fut mise au régime lacté.

Sa santé s'étant très améliorée par ce traitement, elle quitta l'hôpital, mais six mois plus tard, les douleurs stomacales revinrent avec anorexie et dégoût pour la viande. La malade se remit au régime lacté, mais en dépit du traitement, les douleurs et les vomissements reparaissent de nouveau ; elle rentre dans le service de M. Hanot. A ce moment, elle est très amaigrie, très affaiblie ; ses téguments ont une teinte cireuse ; elle a du mélæma, du vertige, des éblouissements, des lypothimies. Un jour, vers deux heures de l'après-midi, elle est prise d'une hémorragie intestinale si considérable, qu'elle tombe en syncope. L'interne de garde mandé au plus vite, pratique une

injection d'ergotine, mais toute médication est inutile et la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve à la région pylorique, une vaste ulcération de 5 centimètres de diamètre. Au niveau de la petite courbure la paroi de l'estomac a disparu et le fond de l'ulcère est constitué par le foie. Le tissu hépatique qui forme le fond de l'ulcère contient un gros noyau cancéreux, du volume d'une amande. M. Hanot conclut à un cancer de l'estomac à symptomatologie assez exceptionnelle.

Observation du Prof. Peter. — Le malade, âgé de 57 ans, se plaignait depuis le mois de janvier 1892 de lourdeur de l'estomac, survenant un quart d'heure après les repas, de renvois. Il avait, à un faible degré, du dégoût pour la viande et pour les substances azotées, tandis que jusqu'à 50 ans il avait eu un fort bon appétit pour la viande, qu'il digérait très bien.

Le malade n'avait ni vomissements, ni diarrhées. En juillet, allant mieux, il se remit à travailler. En septembre, les symptômes réapparassent. La peau est jaune-paille ; il est amaigri et a des ganglions sous-claviculaires et inguînaux. Un jour il est pris d'une grande faiblesse, en même temps que d'épistaxis. La teinte jaune paille s'accentue. A l'examen — direct, on ne trouve pas de voussure à la région épigastrique. Mais la percussion dénote de la matité au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, matité remontant un peu sous le rebord des fausses-côtes gauches. Sa palpation montre qu'il existe une résistance manifeste de la paroi de l'estomac, mais elle ne réveille pas de douleur.

M. le prof. Peter fait le diagnostic de cancer obscur.

Nous avons eu l'occasion de voir les observations de l'hôpital de Genève à partir de l'année 1887 jusqu'à la fin de l'année 1900, et nous avons trouvé 61 cas de cancer de l'estomac dont le diagnostic était tout à fait sûr, 44 cas ont été suivis d'autopsie. Dans les 17 cas restants, la tumeur était nettement perçue; 16 de ces malades actuellement morts n'étaient pas autopsiés et l'un d'eux vit encore. Parmi ces 61 cas de cancer de l'estomac, nous avons pu constater chez cinq malades la disparition des symptômes, qu'ils présentaient au commencement de leur maladie, l'élévation assez notable de l'état général et même une augmentation de poids.

Observation I, faite par le Dr Wiki dans le service du professeur Revilliod.

C., Jules-François, âgé de 61 ans, entré le 13 février 1899.

Ne présente rien de particulier dans ses antécédents hérédi-

taires, ni personnels. Toujours bien portant. Depuis l'automne 1898, le malade est sujet à la diarrhée et aux maux d'estomac.

Mélæna par moment.

L'appétit reste bon.

Pâlit et maigrit beaucoup.

Status. Homme de petite taille, maigre, pâle, cachectique, joues creuses, yeux excavés.

Teinte jaune-paille.

Ne se plaint pas de douleurs, mais d'une grande asthénie.

Dort assez bien. Pas de mauvais goût, ni nausées, ni vomissements. Appétit médiocre. Pesanteur de l'estomac, après avoir mangé. Pas de tumeur appréciable.

Constipation alternant avec une diarrhée profuse.

16 février. Se sent beaucoup mieux. L'appétit est bon, le malade augmente de poids.

27 février. Va de mieux en mieux. L'appétit est très bon ; se plaint seulement d'une douleur sourde après les repas.

8 mars. Sort de l'hôpital, ne souffre plus.

5 mai. Rentre de nouveau, dit que peu de temps après sa sortie de l'hôpital il a commencé à souffrir de nouveau. Perte d'appétit. Impossibilité d'avaler autre chose que du liquide. Faiblesse. Pas de vomissements.

A l'examen, on trouve l'abdomen ballonné à l'hypogastre, souple. Induration immobile et sensible à la palpation entre l'ombilic et les fausses-côtes. Pas de douleur au repos.

La sonde stomacale s'arrête au cardia qu'on ne peut dépasser qu'à grand'peine. A la fin de l'exploration à l'olive, il ressort du mucus sanguinolent.

9 mai. On ne peut dépasser le cardia, la sonde s'arrête, se replie, si on essaie de forcer. Le malade dit ressentir une douleur à l'endroit où la sonde s'arrête.

On ne peut faire l'insufflation. Ne prend que des aliments liquides et un peu de pain.

16 mai. Même état, souffre peu de l'estomac. Le teint jaune-paille s'accentue. On sent la tumeur dure, correspondant à la paroi de l'estomac. On réussit à faire pénétrer la sonde demi-molle de 8 centimètres de diamètre et on ramène un liquide épais, mélangé de débris d'œufs et de légumes, sentant l'acide butyrique.

18 mai. Beaucoup d'acide lactique. Le malade est très soulagé par le lavage de l'estomac.

19 mai. Lavage de l'estomac.

Acide lactique en moins grande quantité.

30 mai. A la fin du lavage on ramène du sang en assez grande quantité.

5 juin. Les aliments liquides tièdes passent bien.

15 juin. La tumeur grandit et atteint l'ombilic. Nombreux ganglions dans les aines.

Ne diminue pas de poids.

20 juin. La tumeur ne change pas.

30 juin. Etat général bon.

10 août. Souffre très peu, se plaint de faiblesse.

31 août. Le teint jaune-paille s'accentue, diminution de poids.

13 septembre. Abdomen étalé, volumineux.

Cachexie lentement progressive.

Ganglion sus-claviculaire gauche nettement perceptible.

Souffre peu, avale assez facilement les liquides. Pas de vomissements.

La tumeur a beaucoup augmenté ces derniers temps.

Mort le 3 novembre 1899.

Autopsie. Grand carcinôme stomacal ulcéré, occupant toute la région pylorique, ayant dépassé le le pylore *d'un travers de doigt*, et ayant envahi le hile du foie, qui est largement réuni à l'estomac par la tumeur. Nombreuses métastases dans le foie. Métastase dans les ganglions péribronchiques.

Observation II, prise par le Dr Wiki dans le service du professeur Revilliod.

V., Louise, âgée de 50 ans, entrée le 29 juillet 1899.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires, ni personnels. Bonne santé antérieure.

Maladie actuelle. A toujours eu une tendance à la constipation.

Début de la maladie : troubles gastriques il y a six semaines; nausées, éructations, aigreurs, ballonnement.

Vomissements fréquents.

A partir du 4 juillet ne peut plus manger.

Status. Femme teint légèrement jaune-paille, pas de ganglions sus-claviculaires ou inguinaux. Troubles digestifs fréquents. Ballonnements, pas d'hématémèse, ni de mélæna.

Eructation acide. Douleurs épigastriques fréquentes, pas de pituites. Abdomen distendu, pas de clapotement stomacal. Constipation.

3 mai. Douleurs vagues persistantes.

4 mai. Très soulagée par les lavements froids et le régime lacté.

Le teint légèrement jaune-paille persiste.

15 mai. Se sent mieux.

Léger œdème des jambes.

16 mai. Se trouve bien.

3 juin. Sort de l'hôpital avec une santé très améliorée.

Rentre de nouveau le 3 juillet.

S'est trouvée bien pendant une huitaine de jours après la sortie de l'hôpital; puis commence à se sentir faible, mange de moins en moins, ne vomit pas, pas d'hématémèse.

Prend des lavements froids.

Pas de diarrhée. Ces derniers temps selles noires.
Pâleur extrême, muqueuses décolorées. Teint jaune-paille.
Apathie. Ne se plaint de rien.
L'estomac clapote fortement.
Pas de ganglions, pas de phlegmatia.

4 juillet. Lavage de l'estomac. La sonde ramène environ 400 gr. d'une bouillie brun-verdâtre.
Odeur butyrique faible.
HCl 0.
Réaction acide.
Acide lactique.
Pigments biliaires.
Mucus, très peu.
Peptone, très peu.
Albumine non peptonisée.
Bacilles de la fermentation lactique.
Très soulagée par le lavage.
6 juillet. Mal au ventre et un peu partout.
A la palpation on n'arrive à sentir aucune tumeur dans l'abdomen. Grande faiblesse persistante.
15 juillet. Œdème des jambes.
27 juillet. Vomit une bouillie noire.
7 août. On aperçoit à la palpation une tumeur profonde, mobile et douloureuse.
Grand affaiblissement.
Mort le 12 août.
Autopsie. Carcinôme ulcéreux de toute la région pylorique.
Poids. 5 mai 1899, 66 kil. 300 ; 15 mai, 69 ; 25 mai, 69.

Observation III, prise par le Dr Gilbert-Jaccard dans le service du professeur Revilliod.
B., Timothée, âgé de 47 ans.
Entré le 4 septembre 1890.
Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.
A toujours été bien portant.
Dans le commencement de janvier 1889, il commence à perdre l'appétit, à avoir des renvois, la digestion devient difficile. Dès cette époque il éprouve du dégoût pour la viande. Au mois d'avril 1889, ces symptômes s'accentuent, il doit garder le lit pendant 15 jours. Soigné alors par le Dr Mayor. Depuis lors amélioration qui dure jusqu'en février 1890. A ce moment, les symptômes précédents réapparaissent et s'accentuent et le malade s'aperçoit de la présence, au creux épigastrique, d'un empâtement dur, douloureux à la pression. C'est au mois de mars de 1890 qu'apparaissent les premiers vomissements, d'abord tous les 2-3 jours et devenant de plus en plus fréquents. Les vomissements étaient purement alimentaires. Jamais de vomissements noirs, ni de vomissements de sang.

Au mois de juin, le malade va consulter M. le Dr Koch, qui lui conseille une opération.

Status. Homme brun, teint hémaphéique jaunâtre.

Poids : 52 kil.

Amaigri. Dit avoir perdu au moins 15 kil. depuis le début de sa maladie.

Système digestif. Langue un peu blanche, humide. Appétit conservé. Pas de dysphagie. Il mange avec appétit et sans aucune difficulté, mais en moyenne une heure et demie à deux heures après avoir mangé, il éprouve une douleur vive, comme une brûlure au creux épigastrique et le vomissement se produit sans effort. Aussitôt après, il est de nouveau tranquille, tout en conservant une douleur sourde dans l'estomac. Regurgitations fréquentes suivies quelquefois de hoquet. Estomac très dilaté, descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Clapotement stomacal. Entre l'appendice typhoïde et l'ombilic, on constate une tumeur dure, résistante, bosselée, longue de 15 centimètres environ, s'étendant du rebord des faussses-côtes droites sous lesquelles elle paraît se prolonger, jusqu'au rebord costal gauche.

Constipation opiniâtre.

30 septembre. Laparatomie exploratrice.

Adhérence de foie avec l'estomac.

L'exploration digitale montre que la petite courbure de l'estomac est infiltrée par la tumeur.

On ferme la plaie.

1er octobre. Le malade va bien.

6 octobre. Le pansement est inondé par le sang.

10 octobre. Le malade dort peu et mange avec difficulté.

12 octobre. Le malade va un peu mieux.

L'appétit revient, pas de fièvre.

18 octobre. Le malade ne souffre pas.

28 octobre. Le malade demande à manger, il prend un peu de viande à midi, il digère assez bien. Il prend un bain. Il se lève, se promène au jardin, environ deux heures de temps.

30 octobre. Le malade va bien, prend un bain, un peu d'insomnie.

4 novembre. Le malade se croit guéri et veut rentrer à la maison.

La cicatrisation de la plaie est complète.

Meurt à domicile peu de temps après la sortie. Pas d'autopsie.

Observation IV, prise par le Dr Audeoud dans le service du professeur Revilliod.

B,, Balthazar, âgé de 61 ans, entré le 20 août 1891.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, ni personnels. A toujours été très bien portant, jusqu'en 1885, époque ou il présente de l'anorexie, des vomissements, des douleurs d'estomac. Cesse son travail pendant deux mois. Jamais d'hématémèse.

Depuis ce moment il souffre de plusieurs reprises de l'estomac, renvois, flatulence, anorexie, constipation, gonflement et ballonnement, vomissements noirs, comme du marc de café, plusieurs fois.

Au mois de mai 1891, les pieds enflent, les symptômes gastriques sont peu accentués.

21 juillet. Anorexie, langue chargée, mauvais goût à la bouche, nausées, vomissements glaireux, gonflement de l'estomac, après les repas renvois fréquent, aigres, pyrosis. Constipation habituelle. Cesse son travail et se soigne chez lui, mais ne se sentant pas mieux il se décide à entrer à l'hôpital le 20 août.

Status. Homme robuste, teint pâle, muqueuses pâles; a beaucoup maigri ces derniers temps.

Système digestif. Peu d'appétit, dégoût de la viande, langue sèche, rouge, nausées, vomissements.

Abdomen souple et sonore partout, pas de sensation d'empâtement ni de tumeur au niveau de l'épigastre. Pas de clapotement. L'estomac ne paraît pas dilaté, douleur sourde continuelle à l'épigastre avec exacerbations, se calme par l'introduction d'aliments. Pas d'hématémèse. Constipation.

Faiblesse générale, forces très diminuées, depuis quelques temps.

26 août. Depuis qu'il suit le régime lacté, le malade se sent beaucoup mieux, les pesanteurs, les renvois, le gonflement ont beaucoup diminué. Appétit revenu.

12 septembre. L'estomac est mou, pas de douleurs. Le malade se déclare tout à fait bien.

L'œdème des deux pieds et de la partie inférieure des jambes disparaît dans la journée et reparaît pendant la nuit.

Poids : 68 kil. 700 (augmentation de 3 kil. 700 depuis le 27 août).

28 septembre. Bon appétit, mange de la viande, et n'a plus de symptômes gastriques, l'Œdème des deux pieds persiste, mais a disparu aux jambes.

1er octobre. L'état général continue à être bon, presque plus d'œdème aux pieds, bon appétit, plus de maux d'estomac.

Mais on sent actuellement une tumeur au niveau de l'épigastre; cette tumeur est de la grosseur d'une petite mandarine, dure et bosselée, douloureuse au palper. Ganglions sus-claviculaires droits. Rien à gauche.

Poids : 66 kil. 800.

Le malade souffre de nouveau de douleurs épigastriques. Renvois, hoquets, vomissements bilieux et alimentaires. Le malade ne peut plus rien supporter, vomissements très fréquents. Hoquet persistant qui le fatigue extrêmement.

La tumeur épigastrique fait de grand progrès.

7 novembre. S'affaiblit de plus en plus.

10 novembre. Phlegmatia alba dolens à la cuisse droite.

Mort le 12 novembre.

Autopsie. Toute la région de la petite courbure jusqu'au pylore est transformée en une masse dure, épaisse à surface mamelonnée, de nature carcinomateuse. Adhérence entre le côlon transverse et la vésicule biliaire. Métastase dans les ganglions mésentériques.

Observation V, prise par le Dr Mallet dans le service du professeur Bard.

R., Pierre-Joseph, âgé de 72 ans, entré le 17 janvier 1900.

Dans ses antécédents héréditaires ne se présente rien de spécial. Lui-même a toujours été bien portant.

Il a quelques temps, à la suite d'un purgatif, il a eu une seule fois des selles noires.

Les derniers temps l'appétit a diminué un peu, mais il n'a pas éprouvé de dégoût pour les aliments.

Le malade est maigre, pâle, affaibli.

2 février. Affaiblissement général. La teinte jaune-paille s'est accentuée.

L'appétit est faible ; dégoût de la viande, vomissements. Mélæna.

1er mars. L'amaigrissement et la cachexie s'accentuent. Pas d'autres troubles digestifs que l'anorexie. Les selles continuent à être mélæniques sans diarrhée.

On perçoit à gauche de l'épigastre une induration très profonde, sonore, qui paraît être un néoplasme. Petit ganglion très dur, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Depuis le 1er mars les selles sont devenus normales.

12 mars. L'induration devient plus manifeste.

Œdème prétibial.

31 mars. L'appétit est redevenu meilleur, le malade augmente de poids.

L'empâtement épigastrique n'a pas augmenté de volume. Les ganglions sus-claviculaires sont plus perceptibles.

4 avril. Les selles redeviennent noires.

7 avril. Le poids du malade s'est progressivement élevé depuis son entrée à l'hôpital.

La pâleur est très accusée, la décoloration des muqueuses est absolue.

L'abdomen est un peu météorisé, avec réaction de défense à l'épigastre bien accusée, présente un peu de renitence ; il n'y a pas de tumeur localisable. Ne souffre pas.

Le malade sort de l'hôpital le 30 avril, très amélioré.

Entre de nouveau le 18 juin.

Depuis qu'il a quitté l'hôpital, le malade s'est assez bien porté et il a même pendant quelques jours repris son travail qu'il a cependant dû abandonner.

Il raconte qu'il y a quelque temps qu'il se voit maigrir ; il a perdu l'appétit ; il n'aurait plus eu de selles noires.

Dégoût de la viande et des matières grasses.

Status. Vieillard amaigri, cachectique aux téguments cireux, aux muqueuses très décolorées.

Il existe dans l'hypocondre gauche, dans la région péri-ombicale une zone d'induration grande comme la paume de la main et légèrement douloureuse à la palpation. Le foie n'est ni douloureux ni augmenté de volume. Actuellement le malade sent son appétit renaître. Ces deux derniers jours, il a vomi du mucus.

On perçoit nettement deux ganglions sous-clavières gauches. Il n'existe ni constipation, ni diarrhée.

2 septembre. Le poids reste stationnaire, quoique la faiblesse générale augmente. Néanmoins le malade se nourrit et ne vomit pas les repas.

20 septembre. La faiblesse est extrême. Le malade ne se lève plus, car debout il chancelle et tombe, perdant connaissance. Somnole dans son lit, ne mange plus de viande. Pas de vomissements, ni de selles mélæniques.

29 septembre. Le malade est somnolent, complètement éteint, ne parle plus, ne vomit pas, ne boit qu'un peu de vin.

Le soir on constate une hémiplégie gauche complète, flasque.

Le malade a de l'incontinence d'urine. Il est dans le demi-coma, ouvrant de temps en temps les yeux et reconnaissant sa famille.

30 septembre. Même état de coma incomplet. Incontinence, Apyrexie. Pas de vomissements.

Mort le 1er octobre.

Autopsie. Carcinome médullaire de la petite courbure de l'estomac ayant envahi toute la région pylorique. Large perforation de la paroi stomacale, à 5 centimètres au-dessus du pylore. Péritonite sub-aiguë adhésive entre les bords de la perforation, le lobe gauche du foie, le colon transverse et l'épiploon. Mélæna dans les intestins.

	Poids K.		*Poids* K.
5 Mars	48,500	25 Juin	49,500
10 »	49,500	5 Juillet	49,600
15 »	49,700	10 »	49
20 »	49,700	16 »	48,200
26 »	50	25 »	49,200
30 »	50,900	30 »	49,100
5 Avril	51,800	5 Août	48
10 »	52,300	15 »	48,600
16 »	51	25 »	48,400
20 »	51,200	5 Septembre	46,700
25 »	51,200	15 »	46
20 Juin	50	25 »	46,200

Pour pouvoir mieux saisir ce qu'il y a de commun entre toutes les observations citées plus haut, il ne sera pas inutile de faire le petit résumé de chacune d'elles.

Observation I. — Homme de 61 ans.
Cancer ulcéré du pylore (autopsie).
Symptômes : Asthénie, pesanteur de l'estomac, mélæna, constipation.
Amélioration de deux mois, consistant dans la disparition de tous les symptômes.
Après la fin de l'amélioration, le malade ne se plaint de rien, sauf d'asthémie.
Mort 6 mois après la fin de l'amélioration.

Observation II. — Femme de 50 ans.
Carcinome ulcéreux du pylore (autopsie).
Symptômes : Perte d'appétit. Douleurs. Eructations. Vomissements.
La durée de l'amélioration est de un mois et demi avec la disparition de tous les symptômes.
Symptômes réapparus : Asthénie. Mélæna. Hématémèse. Pas de vomissements alimentaires.
Mort deux mois après la fin de l'amélioration.

Observation III. — Homme de 47 ans.
Carcinome de la petite courbure (pas d'autopsie, mais laparatomie exploratrice).
Symptômes : Perte d'appétit, dégoût pour la viande. Digestion difficile.
Amélioration de dix mois avec disparition de tous les symptômes.
Réapparition des symptômes : Vomissements. Douleur. Amaigrissement. Dilatation de l'estomac. L'appétit est conservé. Tumeur appréciable.
Seconde amélioration avec disparition de tous les symptômes un mois avant la mort.

Observation IV. — Homme de 61 ans.
Carcinome de la petite courbure (autopsie).
Symptômes : Asthénie. Anorexie. Vomissements. Dégoût pour la viande. Renvois. Douleurs tlématémèse. Constipation.
Amélioration de un mois et demi avec disparition de tous les symptômes. Augmentation du poids.
Réapparition de tous les symptômes.
Mort un mois après la fin de l'amélioration.

Observation V. — Homme de 72 ans.
Carcinome ulcéré de la petite courbure de l'estomac et du pylore (autopsie).

Symptômes : Perte d'appétit. Dégoût pour la viande. Amaigrissement. Tumeur appréciable. Mélæna. Faiblesse.

L'amélioration durant deux mois, avec la disparition de tous les symptômes. Augmentation du poids.

Symptômes réapparus. Perte d'appétit, amaigrissement et surtout asthénie.

Mort quatre mois après la fin de l'amélioration.

L'analyse de ces observations nous permet de conclure que les rémissions au cours du cancer d'estomac consistaient en :

1° Une disparition de la douleur et des symptômes gastriques.

2° L'apparition de l'appétit.

3° L'augmentation du poids.

4° Le retour relatif des forces.

5° La durée des améliorations était de un à dix mois.

6° Les rémissions se produisaient sauf un cas (obs. III), dans la seconde période de la maladie et bientôt après la réapparition des symptômes morbides, la mort survenait.

Dans trois cas le siège du cancer était le pylore et dans deux autres, la petite courbure de l'estomac.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé l'explication de ces rémissions, sauf dans le traité de Médecine, Brouardel et Gilbert, où Hayem et Lyon dans leur article disent : « Il arrive aussi parfois qu'une amélioration suive, dans le cancer du pylore, la disparition des signes de sténose, quand la tumeur vient à s'ulcérer ». Nos trois observations (I, II et III) confirment pleinement cette opinion, car la disparition des phénomènes gastriques est due à la disparition du sténose pylorique. Or une fois le passage des aliments rétabli, survient l'augmentation du poids, ainsi que le retour des forces, et l'état général du malade s'améliore notablement. Dans la nouvelle reprise de la maladie, les symptômes habituels du cancer que les malades présentaient avant, ne réapparaissaient pas ; il n'y avait que l'asthénie et le marasme, qui emportaient ces malades.

Dans les deux autres cas (obs. III et IV) le cancer siégeait à la petite courbure ; là nous constatons qu'il y avait aussi des rémissions, sans que la cause de celles-ci soit bien claire.

CONCLUSIONS

1° Au cours du cancer de l'estomac, on rencontre assez souvent des rémissions.

2° Ces rémissions sont plus fréquentes dans le cancer du pylore.

3° Elles surviennent dans la seconde partie de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

Brouardel et Gilbert. — *Traité de Médecine.* Article Cancer de l'estomac par Hayem et Lyon.

Charcot, Brissaud et Bouchard. — *Traité de Médecine.* Article Cancer de l'estomac par Albert Mathieu.

Jaccoud. — *Traité de Pathologie interne.*

Niemeyer. — *Traité de Pathologie interne.*

Andral. — *Traité de Pathologie interne.*

Grisolle. — *Traité de pathologie interne.*

Strümpell. — *Traité de Pathologie interne et thérapeutique.*

Peter. — Cancer de l'estomac. *Médecine moderne*, 93.

Duplant. — De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer. *Thèse de Lyon*, 97-98.

Lorenzi, Toussaint. — Cancer de l'estomac. *Thèse de Paris*, 98.

Deschambre. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Article Cancer et Estomac.

Lebert. — Krankeit des Magens.

Dieulafoy. — *Leçons de clinique médicale,* 97.

Roger. — Cancer de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1878.

Hanot. — Cancer de l'estomac et ulcère simple. *Arch. générales de Méd.*, 84.